Aus der chirurgischen Poliklinik und Privatklinik von Geheimrat Universitätsprofessor Dr. med. et phil. Ph. Bockenheimer, Berlin

Kieferzysten und ihre Behandlung

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Von

Hubert Poppe
approb. Zahnarzt

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 9. August 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof. Dr. **Bockenheimer**

Die zystischen Neubildungen im Bereich der Kiefer teilen wir heute ein:

1. in radikuläre Zysten,
2. in follikuläre Zysten und
3. in Zystome.

Was die Entstehung der Wurzelzysten anbelangt, so stehen hier drei Fragen im Mittelpunkte des Interesses. Die erste Frage die Herkunft des Epithels. Die Anschauung Malassez', daß dieses Epithel von den „Débris épithéliaux" abstamme, würde später von v. Brunn anatomisch begründet und von den meisten Autoren (Partsch, Witzel, Römer, Astachoff, Proell, Adloff) bestätigt. Demgegenüber steht seit 1906 die Lehre Grawitz, der das Epithel vom Epithel der Mundschleimhaut abstammen läßt. Viele Anhänger hat Gr. nicht gewonnen; während Schuster einen vermittelnden Standpunkt einnimmt, stimmen Fischer und Landois mehr zu.

Die zweite Frage beschäftigt sich mit der Ursache der Wucherung der Epithelreste. Während Partsch und Römer den Reiz auf parasitäre Einwirkung zurückführen, denkt Witzel an einen mehr chemischen Einfluß, durch die Stoffwechselprodukte der Bakterien; auch leichte chronische, mechanische Reize spricht er als Ursache an. Nach der jüngst erst von Becker aufgestellten Theorie wird die Wucherung jedesmal durch eine Blutung ausgelöst.

Die dritte Frage dreht sich um den Beginn der Zystenentwicklung. Während Witzel und Römer in den degenerativen Prozessen des Epithels die Anfänge der Zyste und den Grund für ihr weiterres Wachstum suchen, sind Partsch, Astachoff, Proell, Adloff und Becker der Ansicht, daß in der Degeneration des Bindegewebes der Schwerpunkt der Zystenentwicklung liege.

Bezüglich der Pathogenese der Follikularzysten wird von den meisten Autoren heute die Ansicht von Magitot-Broca vertreten, daß nämlich ein entarteter Zahnfollikel der Ausgangspunkt ist. Die Störung, die den Follikel zur Degeneration veranlaßt, sucht

Lartschneider in periodontischen Reizen von kariösen Milchzähnen bezw. in einer Periodontitis des zweiten bleibenden Molaren. Die Frage, ob die Retention des Zahnes das Primäre ist und wie weit das Epithel des Zahnsäckchens, wie weit der Zahnkeim selbst an der Zystenbildung beteiligt ist, glaubt Hammer dahin beantworten zu können, daß zuerst der Zahn retiniert ist und daß weiter das Epithel von der Epithelauskleidung des Zahnsäckchen herstammt.

Die Follikular- und Wurzelzysten bestehen aus einem mit Flüssigkeit gefüllten bindegewebigen Sacke, der in einer glattwandigen Höhle des Kiefers liegt. Die dem Lumen der Zyste zugewandte Schicht ist mit mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet. Der Inhalt ist meist eine ziemlich klare Flüssigkeit, die bei Wurzelzysten reichliche Cholestearinmengen aufweist. In Follikularzysten finden sich außerdem fast immer ein oder auch mehrere Zähne, bezw. Zahnbildungen.

Die Zysten entwickeln sich langsam in der Richtung des geringsten Widerstandes und blähen dabei den Knochen auf. Die Schleimhaut bleibt unverändert. Vielfach ist eine Schrägstellung der Zähne im Bereiche des Tumors zu beobachten. Der Verlauf der Krankheit ist meist ganz schmerzlos; sobald aber der Zysteninhalt vereitert, treten Symptome auf, die einer Peridontitis ähneln.

Differentialdiagnostisch kommt bei Oberkieferzysten vor allem das Antrumempyem in Frage. Im Unterkiefer ist an das multilokuläre Zystom zu denken.

Bei der operativen Behandlung werden heute fast ausschließlich die beiden von Partsch angegebenen Methoden angewendet. Die eine bezweckt eine vollständige Exstirpation der ganzen Zyste und ist bei allen kleineren zystischen Neubildungen indiziert, die andere dagegen erstrebt die Verwandlung der Zystenhöhle in eine Nebenbucht der Mundhöhle und kommt für alle übrigen Fälle in Frage. Im Gegensatz zu diesen Behandlungsarten wird von rhinologischer Seite aus für größere Oberkieferzysten eine Therapie warm empfohlen, die darauf abzielt, die Zystenhöhle zu einer Nebenhöhle des Antrums zu machen.

An dritter Stelle unserer Einteilung stehen die seltenen multilokulären Zystome. Während Magitot den Grund dieser Neubildungen in einer Entartung des Follikels suchte, schrieb Malassez die Schuld seinen Débris épithéliaux zu. Kolaczek und Büchtemann dagegen glaubten an eine Einsenkung des Mundepithels in die Kiefersubstanz und Busch nahm sogar eine Einstülpung eines Stückchens des äußeren Keimblattes bei der Bildung des Kiefers an. Heute leiten die meisten Forscher die Zystome von der epithelialen Schmelzleiste her. Zwischen den soliden Adamantinomen,

die ebenfalls denselben Ursprung haben und den Zystomen gibt es, wie die Fälle von Kruse, Becker, Bennecke und Bockenheimer zeigen, zahlreiche Uebergänge.

Die multilokulären Zystome stellen pathologisch-anatomisch ein ganzes System von größeren und kleineren zystischen Neubildungen dar. Die Hohlräume sind mit einer einfachen Schicht von Zylinderzellen ausgekleidet. Der Inhalt ist der gleiche, wie bei den aderen Zysten.

Ihr Lieblingssitz ist der Unterkieferwinkel und der aufsteigende Ast. Sie wachsen langsam und können im Anfang leicht mit Wurzelzysten verwechselt werden. Erst später, wenn mehrere Blasen nach außen gewachsen sind, machen sich auf der Oberfläche Einschnürungen bemerkbar.

Entsprechend der Behandlung, die meistens in Resektion oder gar Exartikulation einer Unterkieferhälfte besteht, ist die Prognose gegenüber den beiden anderen Zystenarten bedeutend ungünstiger.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Universitätsprofessor Dr. med. et phil. Ph. Bockenheimer für die Zuteilung des Themas und für die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Lebenslauf.

Am 9. Mai 1895 wurde ich, Hubert Poppe, als Sohn des Regimentszahlmeisters Karl Poppe zu Pfaffenddorf (Rhld.) geboren. Nach Absolvierung des Gymnasiums zu Jülich studierte ich während des Sommersemesters 1916 Zahnheilkunde in Berlin. Von November 1916 bis Dezember 1918 stand ich dann im Heeresdienst und setzte im Februar 1919 in Bonn meine Studien fort, wo ich im August 1919 die zahnärztliche Vorprüfung ablegte. Von Januar 1920 ab studierte ich wieder in Berlin und beendete hier am 24. Juni 1921 das zahnärztliche Staatsexamen.